

## Upham's Community Care

Health Center | PACE | Home Health Care

500 Columbia Road

Dorchester, MA 02125

Pho:(617) 287-8000 / Fax: (617)287-1500

Upham's Community Care  
Serving the community since 1971

## AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS OU PRIVILEGIADAS

Eu, ou o pai/mãe/tutor do paciente nomeado abaixo, compreendo que tenho o direito de inspecionar minhas informações de saúde protegidas na UCC, de receber uma cópia das minhas informações de saúde protegidas (ou designar e autorizar outra pessoa a receber uma cópia das mesmas), ou qualquer combinação de ambos. Compreendo que o meu pedido de acesso ao meu registo médico pode estar sujeito a algumas limitações legais e/ou limitações estabelecidas pelo governo federal e aplicadas por um profissional de saúde licenciado para garantir a minha saúde e segurança e a segurança de outros.

## INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PACIENTE - RUA: \_\_\_\_\_ N.º DO APARTAMENTO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

N.º DE CONTACTO TELEFÓNICO #: \_\_\_\_\_ N.º DE TELEFONE ALTERNATIVO #: \_\_\_\_\_

## POR FAVOR, MARQUE A CAIXA ABAIXO PARA INDICAR O SEU PEDIDO:

- Gostaria de inspecionar os registos médicos identificados abaixo (durante o horário normal de expediente na UCC)
- Gostaria de receber uma cópia em papel/impresa dos registos médicos identificados abaixo
- Gostaria de receber uma cópia eletrónica dos registos médicos identificados abaixo no seguinte formato::
- De forma segura através do **MyChart**
- Pen USB/Zipdrive [A UCC cobra o custo da pen USB/zipdrive]
- Email: \_\_\_\_\_
- Por favor, enviem-me os registos médicos por correio/e-mail para o endereço acima
- Irei levantar os registos médicos na UCC
- Gostaria que a seguinte pessoa ou entidade recebesse ou enviasse (conforme indicado) uma cópia dos registos médicos identificados abaixo:

 Para  De

Upham's Corner Health Committee, Inc.

(Nome da Pessoa ou Instituição)

500 Columbia Road

(Endereço)

Dorchester, MA 02125

 Para  De

(Nome da Pessoa ou Instituição)

(Endereço)

FINALIDADE (MARQUE):  CUIDADOS MÉDICO  QUESTÃO LEGAL  PESSOAL  ESCOLA  SEGURO

TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS  OUTRO (Por favor, especifique) \_\_\_\_\_

## I INFORMAÇÕES A SEREM DIVULGADAS (Por favor, marque todas as que se aplicam e especifique as datas)

- Notas de Consulta Clínica [Data(s): \_\_\_\_\_]
- Relatórios de Laboratório [Data(s): \_\_\_\_\_]
- Relatórios de Radiologia [Data(s): \_\_\_\_\_]
- Exame Físico Mais Recente
- Vacinação
- Registos de Copagamento de Farmácia [Data(s): \_\_\_\_\_]
- Registos de Faturação [Data(s): \_\_\_\_\_]
- Outro (Por favor, especifique e inclua as datas): \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O PRIVILEGIADA

Por favor, marque "SIM" para indicar se autoriza a divulgação das seguintes informações (se constarem dos seus registos médicos)

- SIM **Resultados do teste de VIH** (É necessária autorização para cada pedido de divulgação)
- SIM **Informações sobre tratamento médico para VIH/SIDA**
- SIM **Resultados de testes e tratamento médico para IST (infecções sexualmente transmissíveis)** (exceto VIH/SIDA)
- SIM **Resultados de rastreio genético** (especifique o tipo de teste: \_\_\_\_\_)
- SIM **Registos de abuso de álcool e drogas** protegidos pelas Regras Federais de Confidencialidade 42 CFR Parte 2 (AS REGRAS FEDERAIS PROÍBEM QUALQUER DIVULGAÇÃO ADICIONAL DESTA INFORMAÇÃO, A MENOS QUE TAL SEJA EXPRESSAMENTE PERMITIDO POR CONSENTIMENTO ESCRITO DA PESSOA A QUEM AS INFORMAÇÕES DIZEM RESPEITO OU CONFORME PERMITIDO DE OUTRA FORMA PELA 42 CFR PARTE 2.) *Este consentimento pode ser revogado mediante pedido oral ou escrito.*
- SIM **Detalhes de Diagnóstico e/ou Tratamento de Saúde Mental** fornecidos por um Psiquiatra, Psicólogo ou Clínico de Saúde Mental Licenciado (*compreendo que a minha permissão pode não ser necessária para a divulgação dos meus registos de saúde mental para fins de pagamento*)
- SIM **Detalhes de Aconselhamento a Vítimas de Violência Doméstica**
- SIM **Detalhes de Aconselhamento de Agressão Sexual**

### Compreendo e concordo que:

- A Upham's Corner Health Committee, Inc. (UCC) não pode controlar a forma como o destinatário usa ou partilha as informações e que as leis que protegem a sua confidencialidade na UCC podem ou não proteger estas informações depois de terem sido divulgadas ao destinatário.
- Esta autorização é voluntária.
- O meu tratamento, pagamento, inscrição no plano de saúde ou elegibilidade para benefícios não serão afetados se eu não assinar este formulário.
- Posso revogar esta autorização a qualquer momento, apresentando um pedido por escrito ao Supervisor de Registos Médicos da UCC, exceto:
  - se já tiverem sido tomadas medidas com base nesta autorização
  - se a autorização for obtida como condição para a obtenção de cobertura de seguro, outras leis concedem à seguradora o direito de contestar um pedido de indemnização ao abrigo da apólice
- Esta autorização expirará automaticamente **em 90 dias ou de outra forma, conforme indicado:**
  - Após um evento ou data específica (**ESPECIFIQUE O EVENTO OU DATA**) \_\_\_\_\_

*\*NOTA: se estiver inscrito no MyChart, tem acesso aos seus registos médicos.*

**Li atentamente e compreendi o acima exposto, todas as minhas perguntas foram explicadas de forma satisfatória e autorizo voluntariamente a divulgação das informações acima referidas sobre a minha condição ou dos meus registos médicos às pessoas ou agências listadas.**

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome Impresso: \_\_\_\_\_

Quando o paciente é menor de idade ou não é competente para dar consentimento, é necessária a assinatura de um dos pais, tutor ou outro representante legal.

Assinatura do Representante Legal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome Impresso: \_\_\_\_\_ Relação com o Paciente: \_\_\_\_\_

### **Apenas para uso interno**

Formulário revisado e informação divulgada por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Identificação de identidade (marca uma):  Carta de Condução  ID do Estado  Passaporte  Outra foto de Identificação

*Versão do formulário: Maio de 2021*